

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00494 vom 19. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00494

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00494 du 19 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00494 del 19 novembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1974, war seit 1. Februar 2008 als Sachbearbeiter bei der Y.____ tätig (Urk. 8/30/1-2 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.7). Im Nebenerwerb arbeitete er seit 2004 bei der Z.____ (Urk. 8/6/1-2, Urk. 8/21/64-67, Urk. 8/21/71-72, Urk. 8/23/1).

Am 14. Dezember 2009 erlitt X.____ einen Verkehrsunfall und zog sich dabei eine Distorsion der Halswirbelsäule zu (vgl. Unfallmeldung Urk. 8/21/72). Wegen hernach anhaltender Arbeitsunfähigkeit meldete er sich am 6. November 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/19). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Unfallversicherers (Urk. 8/21/1-283) bei und nahm medizinische (Urk. 8/22/1-5, Urk. 8/25-27) und berufliche Unterlagen (Urk. 8/30) sowie den Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 8/23-24) zu den Akten.

Mit Verfügung vom 11. Februar 2011 stellte der Unfallversicherer, die AXA Winterthur, auf diesen Zeitpunkt hin die Unfalltaggelder ein (Urk. 8/29), wogegen der Versicherte am 14. März 2011 Einsprache erhob (Urk. 8/69). Nach dem das Arbeitsverhältnis mit der Y.____ aufgelöst worden war (Urk. 8/30/12), bezog der Versicherte ab 2. März 2011 Leistungen der Arbeitslosenversicherung bei einer Vermittlungsfähigkeit von 100 % (Urk. 8/32-33).

E. 1.2

Am 22. Juli 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass zur Abklärung seines Leistungsanspruches eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung notwendig sei (Urk. 8/39), die durch das A.____

durchgeführt werde, und hielt auch nach Widerspruch des Versicherten (Urk. 8/45 und Urk. 8/47) mit Schreiben vom 8. Dezember 2011 an der Gutachterstelle fest (Urk. 8/52). Der Versicherte gelangte in der Folge ans hiesige Gericht (Urk. 8/55/6-11), das die Beschwerde mit Urteil vom 8. Mai 2012 mit Blick auf die in BGE 137 V 210 genannten höchstgerichtlichen Vorgaben bei der Gutachtenszuteilung in dem Sinne gut hiess, dass es die angefochtene Zwischenverfügung vom 8. Dezember 2011 aufhob und die Sache an die IV-Stelle zur rechtmässigen Durchführung des Verwaltungsverfahrens zurückwies (Verfahrensnummer IV.2012.00085, Urk. 8/58).

E. 1.3

In der Folge fand eine interdisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS

B.____ statt (vgl. das Gutachten vom 10. Mai 2013, Urk. 8/84/1-33). Mit Vorbescheid vom 19. September 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/87). Dagegen erhob der Versicherte am

E. 3

0. September 2013

mit Hilfe seiner Hausärztin Einwände (Urk.

8/94), welche der damalige Rechtsvertreter Rechtsanwalt Dr. Domenico Acocella mit seiner Eingabe vom 21. Oktober 2013 (Urk. 8/97) und einer Stellungnahme der behandelnden Neurochirurgin (Urk. 8/103) ergänzte. Die IV Stelle nahm Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, Urk.

8/111 S. 2 ff.) und legte der

MEDAS den Einwand und die Arztberichte zur Stellungnahme vor

(Urk. 8/108/109). Mit Verfügung vom 27. März 2014 lehnte sie das Leistungsbegehren noch vor Eingang der Stellungnahme der MEDAS (Urk.

8/114, Schreiben vom 7. April 2014) ab (Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 27. März 2014 erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Domenico Acocella, am 9.

Mai 2014 Beschwerde (Urk.

1) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten (S. 2). Das mit der Beschwerde gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2) zog der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 20.

Juni 2014 (Urk. 9) wieder zurück. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung auf Abweisung (Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2014, Urk. 7). Das Gericht ordnete einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk. 10). Am 29. September 2014 zeigte Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter dem Gericht mit Vollmacht an, dass er die Interessenvertretung des Beschwerdeführers übernommen habe (Urk. 13) und hielt mit Replik vom 3.

November 2014 an den gestellten Anträgen fest (Urk.

15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete in der Folge auf Duplik (Urk. 19), was dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 17. November 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20). Mit Verfügung vom 18. August 2015 (Urk. 22) wurde den Parteien die Gelegenheit eingeräumt, sich

unter dem Blickwinkel der mit BGE 141 V 281 eingeleiteten Rechtsprechungsänderung im Beschwerdeverfahren erneut zu äussern. Die Beschwerdegegnerin nahm diese Gelegenheit mit Eingaben vom am 24. September 2015 (Urk. 26) und der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. Oktober 2015 (Urk. 27) wahr; die sie wurden mit Verfügung vom 21.

Oktober 2015 jeweils der Gegenpartei zugestellt (Urk. 28). Das Gericht zieht in Erwägung:

1.
Die rentenanspruchsverneinende Verfügung vom 27. März 2014 erging – wie bereits erwähnt – noch vor Eingang der vom RAD zunächst als notwendig erachteten (Urk. 8/111 S. 2 ff.) Stellungnahme der MEDAS zu den Einwänden des Versicherten sowie dessen Ärztinnen (Urk. 8/114, Schreiben vom 7. April 2014; vgl. auch Urk.

E. 3.2

Vorab kann unter der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ festgestellt werden, dass die Gesundheitsschädigung, namentlich die Ausprägung der diagnose relevanten Befunde, nicht als besonders schwer einzustufen

ist.

Der Beschwerdeführer leidet seit

einer Heckkollision am 14. Dezember 2009 mit den initialen Diagnosen stumpfes Thoraxtrauma sowie stumpfes

Wirbelsäulentrauma

mit commotio

spinialis,

ohne nachgewiesene Läsion (Urk.

8/21/2002-2003 und Urk. 8/84/55-56),

anhaltend unter Beschwerden, für die weitgehend kein organisches Korrelat gefunden werden konnte. Er wurde zudem verschiedentlich

wegen Diskushernien an der Halswirbelsäule operiert. Daneben bestehen altersentsprechende Abnutzungserscheinungen am Bewegungsapparat (vgl. auch Urk. 8/84/1-34 S. 30). Der Beschwerdeführer leidet zudem an einer hochgradigen

sensorischen Schwerhörigkeit links weniger als rechts, weshalb die IV-Stelle laut Mitteilung vom 19. Juli 2010 die Kosten für einen Hörapparat übernommen hat (Urk. 8/18).

Die Gutachter erachteten nebst der seit längerer Zeit bestehenden hochgradigen Schwerhörigkeit einzig die Diagnose somatoformes undifferenziertes Syndrom als relevant in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Die begutachtende Psychiaterin Dr. E. ___ erhob denn auch weitgehend unauffällige Befunde: Der Verwundete habe sich an einem Gehstock und mit einer Halsstütze zur Untersuchung präsentiert. Er sei kooperativ, spreche flüssig und spontan, gerne über sich selber, und zeige keine Verständnisschwierigkeiten. Die Aufmerksamkeit und Konzentration sei während des Gesprächs erhalten geblieben. Ausser leichten Aspekten des Grössenwahnens bei der Schilderung seiner beruflichen Karriere seien keine Auffälligkeiten der Gedanken zu erheben. Die Stimmung sei ausgeglichen. Die Affekte und die Emotion würden sich im Normbereich

bewegen. Es habe sich ein gestörter Schlaf-Wachrhythmus herauskristallisiert mit Aufwachphasen wegen Schmerzen (Urk. 8/84/1-33 S. 29 f.).

Sie begründete die 50%ige Arbeits(un)fähigkeit mit einer partiellen Limitation der psychischen Ressourcen wegen der extremen Fixierung auf die Analyse der körperlichen Symptome und dem Suchen nach einer somatischen Erklärung, was zu einer funktionellen Arbeitseinschränkung führe (Urk. 8/84/1-33 S. 31). Dem Beschwerdeführer fehle es deshalb an Engagement, seine Position zu verbessern, und es manifestiere sich zudem ein gewisses Desinteresse und eine Apathie. Er brauche zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt eine psychiatrisch-therapeutische Begleitung. So könne er ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass sich sein Unbehagen nicht in einer somatoformen Störung ausdrücken müsse.

Es könnten ihm alternative Möglichkeiten für den Umgang mit seinen Beschwerden aufgezeigt werden. Eine Arbeitseingliederung habe bei diesem Versicherten einen therapeutischen Effekt und könne seine Restkapazität stimulieren (Urk. 8/84/1-33 S. 31).

6.3.3

Dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden. Denn die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nach dem Gesagten nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. 6.4.6.4.1

Ins Gewicht fällt

diesbezüglich namentlich, dass das somatoforme Leiden nach Einschätzung der Gutachterin angezweifelt ist, der Beschwerdeführer sich aber bis jetzt keiner genügenden psychiatrischen Behandlung unterzogen hat (Urk.

8/84/1-33 S. 31 und Urk. 8/84/43-44 S. 2). 6.4.2

Fragen wirft aber auch das vom Beschwerdeführer gezeigte zumindest verdeutlichende Verhalten auf. Aus den Akten ergibt sich, was die geltend gemachten Einschränkungen, die Feststellungen der Ärzte und das Alltagsverhalten betrifft, kein konsistentes Bild.

Die B. ___-Gutachter nahmen demonstratives Verhalten wahr. Diskutiert wird im Gutachten zudem die Diskrepanz zwischen den wiederholten Hinweisen auf Gedächtnisschwierigkeiten und den aber recht präzisen Auskünften (Urk. 8/84/1-33 S. 24). Von einer Aggravation oder Simulation

gingen

die Gutachter nicht aus (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E.

4.2.1).

Der Neurologe Dr. D. ___ hielt hierzu in seinem Teilgutachten fest, es habe in der neuropsychologischen Untersuchung keinerlei Hinweise für eine Simulation oder Aggravation gegeben. Deshalb stuft er auch die subjektive sensomotorische Hemiparese rechts nicht als Aggravationsversuch oder Simulation ein. Er nehme einen somatoformen Ursprung an. Eine genau bis zur Mittellinie gehende Sensibilitätsstörung wie beim Versicherten sei ohnehin Ausdruck eines nicht neurologischen Problems und sei häufig bei Patienten nach einem Unfallereignis mit Schmerz-Symptomatik zu sehen und könne als funktionelle Überzeichnung gedeutet werden (Urk. 8/84/1-33 S. 2

E. 7

Ziff. 3). Mit diesem Vorgehen wurde das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt, weshalb er mit Verfügung vom 30. Juni 2014 aufgefordert wurde, in seiner Replik insbesondere zu dieser

Problematik Stellung zu nehmen (Urk. 10). Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine diesbezügliche Stellungnahme und machte namentlich nicht geltend, dass die Sache deswegen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei, sondern hielt an den gestellten Anträgen fest und wollte auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abstellen (Urk.

15). Bei dieser Sachlage ist – um eine unnötige, vom Beschwerdeführer nicht erwünschte Verzögerung zu vermeiden (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis; zum Ganzen: Urteil des Bun des gerichts 9C_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 2.1-2) – von einer Rückweisung der Angelegenheit an die IV-Stelle abzusehen . 2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2. 3

Wie in BGE 141 V 281 festgehalten , hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst in diesem am

3. Juni 2015 ergangenen Grundsatzentscheid , über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäußert. Danach ist es sowohl den beauftragten Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normalerweise vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und

Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3). 2. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 3 .

3 .1

Die Beschwerdegegnerin begründete die rentenabweisende Verfügung vom 27 .

März 2014 mit der bis vor kurzem geltenden Überwindbarkeitsrechtsprechung des Bundesgerichts und kam gestützt auf die Diagnose eines somatoformen undifferenzierten Syndroms nach Verneinung des Vorliegens einer psychischen Komorbidität und Prüfung der Foerster-Kriterien zum Schluss, aufgrund der Rechtsprechung liege kein invalidenversicherungsrelevanter

Gesundheitsschaden vor (Urk. 2 und 7 S. 3) .

In ihrer Stellungnahme vom 24. September 2015 (Urk. 26) führte die Beschwerdegegnerin aus, sie halte auch unter dem Blickwinkel der neuen Rechtsprechung an ihrem Entscheid fest. 3 . 2

In seiner Beschwerde vom 9. Mai 2014 bezeichnete der Beschwerdeführer das MEDAS-Gutachten zunächst als mangelhaft (Urk. 1). Hernach hielt er in der Replik davon abweichend fest, das Gutachten sei grundsätzlich klar, vollständig, schlüssig und überzeugend, was auch der RAD in seinen Stellungnahmen zweimal bestätigt habe. Es sei demgegenüber nicht ersichtlich, mit welcher Begründung der Rechtsdienst der IV-Stelle sein Ermessen an die Stelle desjenigen der psychiatrischen Gutachterin zu setzen vermöge. Vielmehr sei gestützt auf die zuverlässig diagnostizierte depressive Beschwerdelage im Gut

achten bei unbestrittenermassen diagnostizierter somatoformer

Schmerz störung für die Festlegung der dauernden Arbeitsunfähigkeit von der gut achter lichen Feststellung von 50 % auszugehen (Urk. 1 5 S. 5).

Der Beschwerdeführer verwies in seiner Stellungnahme vom 1 9. Oktober 2015 (Urk. 27) auf die bisherigen Ausführungen in der Replik , wonach selbst vor Aufgabe der bisherigen Überwindbar keitspraxis der soziale Rückzug und die weiteren Försterkriterien zu bejahen gewesen seien, was die Überwindbarkeitsvermutung widerlege (Rz 1). Er fügte an, mit BGE 141 V 281 dürfte der beschwerdegegnerischen Auffassung ihr bisheriges Hauptargument entzogen worden sein. Die laut der neuen Rechtsprec hung massgebenden Kriterien sei en erfüllt (Rz 2). 4. 4.1

Die Gutachte r der MEDAS B.____

stellten in ihrer Expertise in den Fachgebieten allgemeine Innere Medizin (Dr. med. C.____ , s pcialista FMH in medicina

interna), Neurologie und Neuropsychologie (Dr. med. D.____ , specialista FMH in neurologia e neuropsicologia) und Psychia trie (Dr. med. E.____ , FMH psichiatria e p sicoterapia)

vom 1 0. Mai 2013 (Urk. 8/84/1-33) die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26): - s omatoformes undifferenziertes Syndrom (ICD-10 F45.1) - hochgradige senso -neurale Schwerhörigkeit links weniger als rechts

Zudem gaben sie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeits fähig keit an : - Status nach otitismedia in der Kindheit - Status nach ing uinaler Hernienoperation 1993 - Status nach Meniskusoperation 1995 - Status nach Varikozelen Operation 1998 - Status nach Epididymektomie links 2003 - Status nach Septumplastik 2009 - c hronische Spannu ngskopfschmerzen Dezember 2009 - Rhonchopathie im Dezember 2009 - o bstrukti v es Schlafapnoe-Syndro m leichten Grades Februar 2010 - Rest less - Legs -Syndrom Februar 2010 - All ergie gegen nicht steroidal e Antirheumatika im April 2010 - Verdach t auf arterielle Hypertonie - Status nach Urininkontinenz im Jahre 2010 - e rektyle

Disf unktion unter Pharmakotherapie

Die Gutachter stellten in ihrer Gesamtbeurteilung fest, der Versicherte sei global aus medizinisch-theoretischer Sicht in seinem angestammten Beruf als Bank mitarbeiter sowie in jeglicher Tätigkeit zu 50 % a rbeitsunfähig. Die Arbeits unfähigkeit begründe sich allein durch die psychiatrische Diagnose (S. 30 f.).

Aus neurologischer Sicht seien während der Untersuchung keine eindeutigen Pathologien zu erheben gewesen. Die neuropsychologische Testung habe eben falls eine gute Leistungsfähigkeit ergeben, so dass vom Gesichtspunk t dieser beide n Fachgebiete aus eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 30).

Die Gutachter gaben weiter an, aus psychiatrischer Sicht stelle sich die Diagnose eines somatoformen undifferenzierten Syndroms. Bezüglich der Försterkriterien sei zu sagen, dass der Versicherte unter somatischen Begleiterkrankungen leide. Er sei zervikal diskektomiert worden und weise altersentsprechende degene rative Veränderungen am Bewegungsapparat auf. Es handle sich um einen länge ren Krankheitsverlauf, der vor drei Jahren anlässlich eines Unfalls begonnen habe. Seither sei es nie zu einer längerfristigen Remission gekommen. Das Unfallereignis habe so zu einem sozialen Rückzug geführt und

insbesondere den Lebensstil des Beschwerdeführers schwerwiegend verändert. Es sei aber nicht zu einer totalen Isolierung gekommen, weil es ihm gelinge, regelmäßige Kontakte zu Freunden aufrecht zu erhalten und er während dieser Zeit in der Lage gewesen sei, eine neue partnerschaftliche Beziehung aufzubauen. Er habe seine sozialen Interaktionen klar re dimensioniert, dies auch aus finanziellen Gründen und weil er nicht mehr arbeite. Im Prinzip flüchte der Beschwerdeführer in seine Krankheit. Er habe die somatoforme Schmerzstörung entwickelt, um sein Unwohlsein auszudrücken. Der Beschwerdeführer habe die vorgeschlagenen und verschriebenen Behandlungen durchgeführt. Seine Bindung an die Psychotherapie sowie Psychopharmakotherapie sei jedoch zu niedrig, zu unbefriedigend und von zu kurzer Zeitdauer gewesen, um ein positives Ergebnis erzielen zu können (S. 31 und Urk. 8/84/43-44 S. 2). Insbesondere der deutliche soziale Rückzug und die Veränderungen in seinem grundsätzlichen Verhalten würden eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen (S. 30 f.).

Der Beschwerdeführer sei extrem auf die Analyse der körperlichen Symptome fixiert und suche weiterhin eine somatische Erklärung. Dies führe zu einer funktionellen Arbeitseinschränkung durch eine partielle Limitation der psychischen Ressourcen. Es fehle ihm deshalb an Engagement, seine Position zu verbessern und es manifestiere sich ausserdem ein gewisses Desinteresse und eine Apathie. Er brauche zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt eine psychiatrische therapeutische Begleitung. Eine Arbeitseingliederung hätte einen therapeutischen Effekt und könne die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stimulieren (S. 31).

Die Gutachter gaben zudem an, wegen der bekannten Minderung der Hörleistung habe der Beschwerdeführer Schwierigkeiten, in lärmiger Umgebung tätig zu sein. Er könne Gespräche in normaler Lautstärke führen, wenn keine Maskierungsgeräusche vorhanden seien (S. 32).

Was den zeitlichen Verlauf betrifft, gaben die Gutachter an, die Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Unfall. Der Beschwerdeführer sei für die Periode der Disketomie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens sei er in seiner angestammten Tätigkeit und in jeglicher anderen Tätigkeit wieder zu 50 % eingliederbar (S. 32). 4.2

Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurochirurgie, berichtete dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 16. Januar 2014 (Urk. 8/105). Sie stellte die folgenden Diagnosen:

- Status nach schwerem Autounfall am 14.12.2009 mit Hospitalisation im G.____ - 3-6 mm grosse liquorintense Läsion im Tegmentum

- mesencephali links (dokumentiert im MRI vom 19.04.2012 im Röntgeninstitut H.____) - Status nach diffuser axonal

- injury - vegetative Dystonie mit neuropsychologischem Defizit - Diskushernie C3/4 mit beidseits engem Foramen C3/4 rechts und links und leichter Pelottierung des Rückenmarks
- keine flache mediane Begleithernie C6/7 ohne Duralsackeindellung - persistierende Diskushernie C3/4 mit linksseitiger Wurzelkompression C4 links und partiell rechts und regelrechter Befund im operierten Segment C6/7 - Status nach ventrale Mikrodiskektomie C3/4 beidseits - Status nach Entfernung von Osteophytose C3/4 mit Rückenmarkskompression - Status nach partieller

- Foraminotomie C3/4 beidseits - Status nach Stabilisation mittels Diskusprothese Prodisc-C Vivo convex

size LD, 17x16 mm, H5mm (fecit

Dr. F.____ , 21.09.2013)

Dr. F.____ führte unter Bezugnahme auf den Eingriff vom 21. September 2013 aus, der Beschwerdeführer habe nur eine partielle Verbesserung der Kraft in beiden Armen erreichen können , aber er habe noch starke Nuchalgien mit Ausstrahlung interscapulär . Das MRI vom 26. November 2013 zeige eine korrekte Lage der Bandscheibenprothese C3/4 mit lokalen Artefakten. Es bestünden keine Hinweise für eine neurale Kompression. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe bis auf Weiteres 100 % , weil der Beschwerdeführer nicht nur von der Halswirbelsäulenproblematik her behindert sei, wo sich jetzt eine partielle Verbesserung der Kraft in beiden Armen ergeben habe . Er habe seit dem Schädel-Hirn-Trauma im Jahr 2009 auch schwere Konzentrations Schwierigkeiten . Bezüglich der Halswirbelsäulenproblematik sei der Beschwerdeführer für eine volle Konsolidierung der Implantate noch für drei Monate zu 100 % krankgeschrieben. Im März werde sie die Halswirbelsäulenproblematik reevaluieren . 4. 3

Der Gutachter Dr. D.____ nahm am 28. März 2014 Stellung zu den Vorhalten im Einwand (Urk. 8/114 /7-11 ; vgl. auch Ausführungen der weiteren befassten Gutachter vom 7. April 2014, Urk. 8/114/1-6). Er führte aus, es könne ausgeschlossen werden, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 14.

Dezember 2009 eine schwere diffuse axonale Hirnschädigung erlitten habe, da das sechs Wochen nach dem Unfallereignis angefertigte MRI diesbezüglich vollkommen unauffällig gewesen sei (S. 3). Die sehr kleine Läsion im Tegmentum

mesencephali links

werde bereits in einem vor dem Unfallereignis durchgeführten MRI beschrieben und könne schon deshalb nicht unfallbedingt sein. Sie sei im zwei Monate nach dem Unfallereignis durchgeführten MRI als Normalbefund bewertet und im MRI vom 19. April 2012 nur beschrieben aber nicht interpretiert worden. Es handle sich dabei nach den Beschreibungen im MRI ganz augenscheinlich um eine simple angeborene Arachnoidalzyste . Was die geltend gemachten schweren neuropsychologischen Defizite betreffe, sei festzuhalten, dass ein Testergebnis, wie es der Beschwerdeführer bei seiner neuropsychologischen Untersuchung erzielt habe, eine jegliche kognitive Störung vollkommen ausschliesse und es als sehr unwahrscheinlich erscheinen lasse, dass es in der Vergangenheit schwere neuropsychologische Defizite gegeben habe (S. 3).

Bei seiner Untersuchung habe der Versicherte auch keinerlei Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und des mittelfristigen Gedächtnisses gezeigt (S. 4). Zur Halswirbelsäulenproblematik und den dort durchgeführten chirurgischen Eingriffen führte Dr. D.____ aus, weder seine noch vorherige neurologische Untersuchungen hätten radikuläre Symptome gezeigt. Auch Dr. F.____ beschreibe keine radikuläre Ausfallsymptomatik, sowohl zervikal als auch lumbal (S. 4 f.). Laut den zugesandten neuen Dokumenten schienen auch im jetzigen Zeitpunkt keine radikulären Symptome vorzuliegen (S. 5). 5. 5 .1

Die Beweiswertigkeit des MEDAS- Gutachtens vom 10. Mai 2013 ist zwischen den Parteien zu Recht im Grundsatz unbestritten (Urk. 7 Rz

2 S. 2,

Urk. 16 S. 5 und Urk. 27 Ziff. 1 S. 2). Die Expertise erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 2.4).

Sie erfolgte nach Untersuchungen in den einzelnen Fachdisziplinen und in Kenntnis der Aktenlage. Es gibt keine Hinweise, wonach die Gutachter nicht de arte legis vorgegangen wären oder entscheidungsrelevante

Tatsachen ausser Acht gelassen hätten.

Auch die erst nach Ausfertigung der Expertise durchgeführte zweite Operation an der Halswirbelsäule ändert nichts am Bestand der gutachterlichen Ergebnisse. Der Eingriff hatte zwar eine rehabilitationsbedingte Arbeitsunfähigkeit von einigen Monaten zur Folge, zeigt aber keine anderweitigen negativen gesundheitlichen Auswirkungen (E. 4.2 und E. 4.3 sowie der Bericht von Dr.

F. ___ vom 21. Oktober 2014, Urk. 16). 5.2

Anzumerken bleibt, dass das Schreiben der Hausärztin Dr. med. I. ___ , Allgemeine Medizin , vom 15. Oktober 2013 („Einsprache “ ;

Urk. 8/94 , vgl. auch

Urk.

8/96) sowie die Berichte von Dr.

F. ___

vom 16. Januar 2014 (E.

4.2) sowie vom 21. Oktober 2014 (Urk. 16) keine Zweifel an der Beweiswertigkeit der Expertise zu begründen vermögen.

Das

als Einwand verfasste Schreiben der Hausärztin gibt weitgehend ungefiltert die Aussagen des Beschwerdeführers wieder und enthält, sowohl was das Schriftbild als auch was den Inhalt betrifft, mehrere Passagen, die eher auf eine andere als eine ärztliche Urheberschaft schliessen lassen. Dies gilt beispielsweise für die Anmerkung, „Zudem hat er ein [ab hier fett und grössere Schrift] extrem kurzes Zeitgedächtnis.“ oder für die Schlussbemerkung, [wieder fett und gross] „Zusammenfassend sollte man hier festhalten, dass es echt nicht sein kann, dass jahrelang von namenhaften Neurologen Diskushernien verpasst werden, die den Patienten an den Rand des Rollstuhles gebracht haben und ihn praktisch als Simulant hinstellten, und er nun plötzlich arbeitsfähig sein soll und dies noch in einer Bank.“.

Mit der abweichenden Einschätzung von Dr. F. ___ setzte sich Dr.

D. ___ , der keine neurologische Diagnose und auch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit feststellte, bereits im Gutachten auseinander. Er verwies auf die MRI-Befunde mit Diskushernien und stellte fest, dass keine Zeichen einer zervikalen oder lumbalen Radikulopathie zu erkennen seien und auch Dr.

F. ___ einen unauffälligen Neurostatus beschrieben habe. Die Indikation für die im September 2013 vorgesehene zweite Operation an der Halswirbelsäule hielt er für fraglich (Urk. 8/84/45-54 S. 10). Nach

hernach durchgeführtem Eingriff erklärte er seine Einschätzung erneut in nachvollziehbarer Weise (E.

4.3). Zudem wies Dr. D.____

zutreffend darauf hin, dass Dr. F.____ die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf vom Beschwerdeführer angegebene Konzentrationstörungen und neuro psychologische Defizite stützte, wobei er aufgrund der Testergebnisse jegliche kognitive Störung vollkommen ausschliessen könne (Urk. 8/114/7-14 S.

3). Die Berichte von Dr. F.____ vermögen vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen. 5.3 Zusammenfassend steht mit der Expertise der MEDAS B.____

vom 10. Mai 2013 fest, dass der Beschwerdeführer unter einem somatoformen undifferenzierten Syndrom sowie einer hochgradigen

sensoneuralen Schwerhörigkeit links weniger als rechts leidet. Andere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liegen nicht vor.

6. 6.1

Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, wonach die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6): An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht im massgebenden Leitentscheid BGE 141 V 281 wie folgt (E. 4.1.3): Kategorie „funktioneller Schweregrad“ Komplex „Gesundheitsschädigung“ Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz Komorbiditäten Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) Komplex „sozialer Kontext“ Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens)

gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren – rechtlich gebotenen – Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der

Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen. 6.
2

Zunächst ist festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geltenden Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gut achten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). 6. 3 6.3.1

Vorliegend ist eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren gestützt auf das Gutachten und die übrigen medizinischen Akten möglich und eine weitere medizinische Abklärung dementsprechend nicht angezeigt. 6.

E. 9

und Urk.

8/84/45-54 S.

9).

Gleichwohl gibt es in den Vorakten einige Hinweise auf eine erhebliche bewusstseinsnahe Selbstlimitierung, so etwa bei der neuropsychologischen Testung während des Aufenthaltes in der J. ___ vom 3. März bis 13. April 2010. Zudem standen bei diesem Aufenthalt - nach Feststellung der Ärzte - die vom Beschwerdeführer

geltend gemachten (teilweise massiven) kognitiven Störungen im Widerspruch

zu seinem Verhalten innerhalb der Klinik (Urk. 8/21/221-223 S.

2). Im Bericht des K. ___ vom 4. Oktober 2010 beschrieb die behandelnde Ärztin die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers als theatralisch wirkend, wobei er vor dergründig völlige Transparenz und Offenheit gezeigt habe (Urk. 8/21/130 139

S. 6).

Inkonsistent war auch,

dass

der Beschwerdeführer laut den aktenkundigen Berichten in den Untersuchungssituationen teilweise ein verkehrsuntüchtiges Verhalten zeigte (Urk.

8/21/130-139 S. 4) und gegenüber dem Verkehrsamt offenbar nicht (Urk.

8/84/1-33 S. 20), wobei er im Begutachtungszeitpunkt angab, dass er wegen seines aktuellen Gesundheitszustandes nicht Auto fahre (Urk. 8/84/1-33 S. 16).

Nicht in Einklang zu bringen ist die postulierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit aber auch mit dem vom Beschwerdeführer gepflegten regelmässigen Tagesablauf, der keine schweren Einschränkungen erkennen lässt (Urk.

8/84/1-33 S. 23). 6. 4 .3

Damit mag zwar b ehandlungsanamnestisch ein Leidensdruck ausgewiesen sein . Der Beschwerdeführer sprach bei zahlreichen Ärzten vor und unterzog sich deren Therapien , nahm aber eine psychiatrische Behandlung nicht in aus reichendem Umfang wahr. Es besteht eine Fixierung auf die Analyse der körperlichen Symptome. Gleichwohl sind das gezeigte Verhalten und

die geltend gemachten Einschränkungen nicht überzeugend in Einklang zu bringen.

6. 4 . 4

Nach Lage der Akten verfügt der Beschwerdeführer im Weiteren über erhebliche persönliche und soziale Ressourcen .

Er konnte alleine mit dem Zug zur Begutachtung nach L.____

reisen und begab sich am anderen Morgen selbständig vom Hotel zur MEDAS (Urk. 8/84/1-33 S. 14) . Er trifft sich mit Kollegen und geht mit ihnen aus , führt politische Diskussionen, kann fernsehen und lesen. Er hat sich ein gutes soziales Netz erhalten können und kann seine Beziehungen weiterhin pflegen, wenn auch in einem etwas reduzierteren und weniger aktiven Rahmen (Urk. 8/84/1-33 S. 16 und 23). Ein sozialer Rückzug im Sinne der Rechtsprechung ist jedenfalls nicht erkennbar. Der Beschwerdeführer ist offenbar in der Lage, seine Interessen gegenüber den medizinischen Fachpersonen dezidiert zu vertreten

(vgl. etwa Urk.

8/ 21 / 136 137) , und zeigt dies bezüglich

– wenn auch zu einem gewissen Grad krankheitsimmanent – beachtliche Ressourcen . Es gelang ihm nach dem Unfall , eine neue Beziehung zu einer Partnerin aufzubauen. Er wird von der Psychiaterin als junge und differenzierte Persönlichkeit beschrieben, die zudem keine Anzeichen anderer psychiatrischer Komorbiditäten aufweise . Der Hinweis in der Replik, es bestehe nebst dem somatoformen undifferenzierten Syndrom eine zuverlässig diagnostizierte depressive Beschwerdelage (Urk. 15 S. 5 ; vgl. auch Urk. 27 Ziff. 1), erweist sich insofern als unzutreffend . 6. 4 . 5

Bei dieser Sachlage ist eine invalidenversicherungsrechtlich massgebende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (einzig) gestützt auf die Diagnose eines somatoformen undifferenzierten Syndroms nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen . Die Arbeitsunfähigkeiten

nach den operativen Eingriffen

an der Halswirbelsäule waren nur von kurzer Dauer, weshalb sie

ausser Betracht bleiben . Keine erhebliche Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiter bei einer Bank vermag ferner die hochgradige senso -neurale Schwerhörigkeit zu begründen. Der Beschwerdeführer ist mit einem Hörapparat versorgt .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Oertli

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.